

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Отбеливание зубов в условиях клиники

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

обращаюсь в клинику ООО «КЛИНИКА ОНА-ЭСТЕТИК» для проведения лечебных манипуляций по отбеливанию зубов (приданию зубам более светлого оттенка).

Я выбираю следующий метод отбеливания: _____

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов возможно:

- после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть *необходимого результата* (отбеливающий эффект будет незначительным, менее чем на один тон);
- достигнутый результат *может очень быстро исчезнуть* (зубы могут снова потемнеть до первоначального состояния);
- повышение чувствительности зубов *в течение первых 24 часов* (появится болезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого).
- появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: побеление, шероховатость, покраснение, побледнение и т.д.;
- возникновение значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что ***отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы.*** Поэтому я соглашаюсь с тем, что пломбы и реставрации после проведения отбеливания для соответствия их цвета цвету отбеленных зубов, придётся переделать для уменьшения цветовых различий.
- Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных и керамических реставраций, протезирования зубов.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один-два или более посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до двух часов.

Я предупрежден о необходимости профессиональной гигиены полости рта перед отбеливанием зубов, о необходимости закрытия кариозных полостей пломбировочным материалом и открытых каналов зубов. Меня предупредили, что в случае изначальной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до отбеливания.

Я соглашаюсь с тем, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна. Для поддержания эффекта отбеливания по рекомендации врача следует проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже) в строгом соответствии с рекомендациями, пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

Я соглашаюсь с тем, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Более того, при проведении отбеливания на фоне курения, появляется риск возникновения злокачественных новообразований. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я исключаю эти продукты и привычки, корректирую свой образ жизни и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

Я обязуюсь соблюдать **рекомендации** после процедуры отбеливания в течение всего периода проведения процедуры:

1. не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки, поскольку содержащиеся в них фруктовые кислоты и красители могут стать причиной повышенной чувствительности;
2. не употреблять, или, по крайней мере, свести к минимуму употребление кофе, чая, красного вина, окрашенных газированных напитков типа «Кола», а также не курить, чтобы предотвратить вероятность появления на эмали зубов пятен;

Я обязуюсь немедленно проинформировать своего лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедур кабинетного и домашнего отбеливания.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время.

При попадании отбеливающего геля на кожу или в глаза необходимо срочно смыть гель проточной водой. В случае, если произошло заглатывание отбеливающего геля, возможно появление легких диспептических явлений.

При проведении отбеливания в ряде случаев возможно применение анестезии. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Если у пациента появляются интенсивные, не проходящие жалобы со стороны зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач вынужден прекратить проведение процедуры отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечебных манипуляций по отбеливанию моих зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ / _____
(подпись врача) (Фамилия ИО)

Дата _____ 20 г

Дата «__» _____ 20 ____ г.